



Journal des anthropologues
Association française des anthropologues

144-145 | 2016
Parentés contemporaines

Sexualité et conception assistée en Inde et en France

Sexuality and Assisted Conception in India and France

Noémie Merleau-Ponty



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/jda/6382>

DOI : 10.4000/jda.6382

ISSN : 2114-2203

Éditeur

Association française des anthropologues

Édition imprimée

Date de publication : 15 avril 2016

Pagination : 101-122

ISSN : 1156-0428

Référence électronique

Noémie Merleau-Ponty, « Sexualité et conception assistée en Inde et en France », *Journal des anthropologues* [En ligne], 144-145 | 2016, mis en ligne le 15 avril 2018, consulté le 20 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/jda/6382> ; DOI : 10.4000/jda.6382

SEXUALITÉ ET CONCEPTION ASSISTÉE EN INDE ET EN FRANCE¹

Noémie MERLEAU-PONTY*

Wendy est technicienne de laboratoire dans une clinique de fertilité publique française. Alors que nous discutons de la prise en charge des patients, du recueil de sperme et de la ponction ovocytaire pour réaliser une fécondation *in vitro* (FIV), elle commente : « Le couple est complètement désolidarisé ce jour-là ». Parce que les biotechnologies médicales savent extraire les cellules germinales des corps de femmes et d'hommes, deux modèles reproductifs semblent *de facto* remis en question : le coït et l'hétérosexualité personnelle². Chantal Collard et Françoise Zonabend (2013) ne s'y sont pas trompées, publiant un article intitulé, non sans provocation à leurs propres dires, « Parenté sans

* EHESS-LAIOS (École des hautes études en sciences sociales – Laboratoire d'anthropologie des institutions et organisations sociales – 190 avenue de France, 75013 Paris

Courriel : noemiemp@gmail.com

¹ Je tiens à remercier les interlocuteurs rencontrés lors de mes enquêtes, ainsi que les coordinatrices de ce numéro, Séverine Mathieu et Mélanie Gourarier.

² Je dis « personnelle » car l'hétérosexualité germinale est bien requise pour obtenir une fécondation et la conception des embryons, mais il n'est plus nécessaire que deux personnes de sexe opposé s'unissent sexuellement pour concevoir.

sexualité ». Dans ce texte, elles montrent que l'absence de coït ne signifie cependant pas l'absence de traits classiques de la parenté comme la reconnaissance par les ressemblances physiques, le partage des substances ou la crainte de l'inceste. Maurice Godelier note par ailleurs que, si nulle part un homme et une femme ne suffisent à faire un enfant, « la fabrication des humains ordinaires suppose [...] partout des rapports sexuels » (2004 : 331). À moins de faire l'hypothèse, sans grand argument empirique, que les cinq millions³ d'enfants nés depuis 1978 n'ont rien d'ordinaire, il apparaît que la conception assistée⁴ interroge ce qu'on peut entendre par « rapport sexuel », du fait de la prise en charge biotechnologique qui se substitue à l'union intime fécondante. Du côté de la sociologie, de nombreux travaux ont par exemple insisté sur la puissance des normes corporelles, sexuelles et hétérocentrées dans l'organisation de la conception assistée. Du côté de la France, l'assistance médicale à la procréation (AMP), telle qu'elle est nommée dans les textes officiels, est organisée sur un modèle naturaliste, à consonance chrétienne (Bateman, 2002), qui imite les processus de la physiologie, prenant pour référence les corps entiers et l'hétérosexualité reproductive (Iacub, 1997 ; Cadoret & Wilgaux, 2007 ; Fassin, 2009 ; Löwy, 2009). Dans ce cadre, l'infertilité est définie de manière médicale, à partir du diagnostic d'une pathologie (articles L2141-1 et 2 du code de la Santé publique). Les infertilités dites « sociales » concernent les couples de même sexe ou les

³ <http://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/ART-fact-sheet.aspx>

⁴ Je choisis d'utiliser le terme de « conception assistée » car, travaillant dans une perspective comparative, il me semble important d'utiliser un terme qui ne soit pas marqué par un sens local. Ainsi, « assistance médicale à la procréation » renvoie nécessairement au contexte français, centré sur la médicalisation et une forme de transcendance humaniste à consonance chrétienne (procréation). « Nouvelles technologies reproductives » est une traduction du terme anglais « Assisted Reproductive Technologies », et par là-même d'un contexte centré sur la biologisation et la technologie.

célibats, non légitimés par la loi pour avoir droit aux services de l'AMP⁵.

En Inde, la stigmatisation de l'infertilité est une réalité évoquée par tous les interlocuteurs rencontrés. On en trouve la présentation dès la première page du projet de loi indien (ICMR – Indian Council of Medical Research, 2010 : 1). Par ailleurs, à propos de l'hindouisme particulièrement prégnant dans les cliniques qu'il a étudiées⁶, Aditya Bharadwaj (2003) évoque une « triade sacrée » composée par les deux parents de sexe différent et l'enfant. Dans ce cadre, l'adoption est peu envisageable car elle donne de la visibilité à l'infertilité et propulse la sexualité sur la scène publique (*ibid.* : 1879). Dans ce contexte, l'infertilité est définie dans le projet de loi à partir du contrôle que l'on peut avoir sur elle, *via* les nouvelles technologies « qui impliquent de manipuler le gamète – le spermatozoïde ou l'ovocyte – en dehors du corps » (*ibid.*, ma traduction). L'extériorisation des cellules par rapport au corps des patients est donc promue comme un outil pragmatique par lequel faire famille.

À côté d'une approche normative, peu d'études ont été consacrées d'une part à l'étude empirique de la sexualité au sein des parcours de conception assistée (Almeling, 2011 ; Rozée & Mazuy, 2012), d'autre part à la prise en charge biotechnologique et aux points de vue des professionnels des cliniques (Thompson, 2005). Cet article présente des matériaux ethnographiques montrant la

⁵ Un projet de loi a été déposé au Sénat le 19 juillet 2013 pour ouvrir l'AMP à ces profils non médicaux, mais sans suite : <http://www.senat.fr/leg/pp112-786.html>

⁶ J'ai fait le même constat lors de mon enquête, bien que cela ne doive pas masquer le fait que l'hindouisme n'est pas la seule religion en Inde, et qu'à côté de ce modèle hétéroparental, ce pays est connu pour être une destination privilégiée de projets parentaux étrangers portés par des personnes seules ou des couples homosexuels, notamment à travers la gestation pour autrui (Dasgupta *et al.*, 2014 ; Pande, 2014). Cependant, les cas documentés concernent des étrangers et, localement, l'homoparentalité ou le célibat ne sont pas des modèles revendiqués socialement, comme me l'ont confirmé tous mes interlocuteurs.

présence du rapport sexuel dans les cliniques de conception assistée. Il montre l'articulation entre sexualité et modèles normatifs locaux à travers la présentation de trois formes de prise en charge biotechnologiques, dont les deux dernières sont peu ou pas étudiées : les dons de gamètes et l'inceste, les recueils de sperme et la masturbation et les inséminations ou fécondations *in vitro* pour pallier l'absence de coït reproducteur au sein de couples hétérosexuels.

La méthode comparative est utile pour montrer comment des savoir-faire biotechnologiques et des modèles hétéronormatifs partagés ici et là sont contextualisés par des réalités locales qui en orientent l'utilisation et révèlent une articulation différente entre corps et biotechnologie, tout comme le rôle et la place des professionnels de la santé dans ces articulations.

Les résultats de ce travail proviennent d'une enquête réalisée pour ma thèse de doctorat. Entre 2011 et 2013, j'ai travaillé au sein de laboratoires de biologie de la reproduction situés en Inde et en France, alliant observation participante et entretiens. En Inde, une clinique de fertilité privée m'a reçue pendant un peu plus de quatre mois. En France, j'ai passé près de cinq mois dans un laboratoire de biologie reproductive situé dans un hôpital public.

L'organisation des technologies de la conception assistée

En Inde

La première naissance suite à une FIV ayant été suffisamment documentée pour être reconnue remonte à 1986⁷. Depuis les années 2000, la prolifération des cliniques de conception assistée peut paraître surprenante dans le deuxième pays le plus peuplé du monde

⁷ Le 6 août 1986, un biologiste, le docteur T. C. Anand Kumar, annonce la naissance du premier bébé FIV indien, Harsha. En 1978, le docteur Subhas Mukherji avait annoncé la naissance de Durga, mais sans données fiables pour prouver cette naissance, personne ne le crut. Marginalisé, il finit par se suicider. Un film de Bollywood est dédié à son histoire : *Ek doctor ki maut* (Tapan Sinha, 1990).

et dont l'État s'ingénie à contrôler l'expansion de la population⁸. Il ne s'agit en réalité pas de politiques contradictoires, mais de deux mouvements différents, l'un pris en charge par les politiques publiques, l'autre rendu possible par leur désengagement. La libéralisation de l'Inde, à la fin des années 1980, s'est accompagnée d'un transfert massif des médecins du système public vers le système privé (Lefebvre, 2007). Les campagnes médiatiques importantes réalisées autour de leurs compétences ainsi que la stigmatisation de l'infertilité ont favorisé l'expansion sans bornes du secteur privé dans toutes les grandes villes et aujourd'hui des cliniques fleurissent dans des villes à la taille plus modeste.

En 2013, la Fédération internationale des sociétés de fertilité (International Federation of Fertility Societies – IFFS, 2013 : 13) estime à 500 ou 600 le nombre de cliniques sur le sol indien. Cependant aucun relevé systématique organisé par une institution mandatée n'existe pas plus que l'obligation de s'enregistrer comme clinique de fertilité, ce qui rend une estimation précise très difficile. En termes d'encadrement, l'Inde possède des guides de recommandations, publiés par l'Indian Council of Medical Research et l'Indian Society for Assisted Reproduction proposant des accréditations. Néanmoins, aucune législation, institution de contrôle ou obligation de recevoir une autorisation pour ouvrir une clinique ne s'impose aux institutions médicales, laissant de larges marges de manœuvre à ces dernières pour contourner les recommandations publiques (Gupta, 2008 : 12). De la même manière, les tarifs ne sont pas homogènes et sont fixés par chaque hôpital, selon leurs prestations. Pour donner un ordre de grandeur, lors de mon enquête en 2013, une FIV coûtait environ 1 000 euro aux patients (70 000 roupies). Cela représente un quart des tarifs français, mais ce coût est entièrement à la charge des patients, dont

⁸ Depuis le début du XX^e siècle, des débats et des campagnes antinatalistes cherchent à développer des outils de contrôle des naissances, notamment à travers des stérilisations massives de femmes issues des milieux ruraux et pauvres dans les années 1970-1980 ou une politique invitant à n'avoir que deux enfants par foyer (Pande, *op. cit.* : 30 sq.).

les assurances rechignent à rembourser ces soins onéreux aux taux de réussite improbable. Par ailleurs, il faut également remettre ces chiffres dans le contexte économique général dans la mesure où selon une « estimation de l’ambassade de France à Delhi, le salaire moyen est de l’ordre de 40 euro par mois⁹ ». L’investissement dans un traitement de fertilité est donc loin d’être une décision prise à la légère. Dans un pays où il est difficilement envisageable de rester sans enfant, je n’ai donc pas été étonnée de m’entendre dire par gynécologues, biologistes et infirmières que certains couples mettaient toutes leurs économies dans les traitements. Des patients de nationalité et d’horizons socio-économiques divers ont recours aux services proposés par ces cliniques, même si la majorité des patients rencontrés lors de mon enquête étaient des Indiens issus de la classe moyenne urbaine, travaillant dans le secteur tertiaire.

La clinique de fertilité qui m’a ouvert ses portes est rattachée à une chaîne d’hôpitaux présente dans de nombreuses villes et spécialisée dans tous les soins associés à la mise au monde. La clinique, dotée de huit gynécologues, cinq biologistes, une psychologue et près de dix infirmières, propose un suivi gynécologique, andrologique, psychologique, des inséminations artificielles, FIV, injections d’un spermatozoïde dans l’ovocyte (ICSI – Intra Cytoplasmic Sperm Injection), dons de gamètes, cryopréservations et gestations pour autrui. Ce sont les gynécologues qui dirigent le déploiement thérapeutique, et les biologistes sont sous leur autorité. L’activité modeste de la clinique compte 270 transferts d’embryons à l’année pour une moyenne de 22 transferts par mois. Sur son site internet, la clinique annonce un taux de succès de près de 41%, « un des meilleurs de l’Inde ». Cependant, il n’est indiqué nulle part à quoi ce chiffre est associé : au pourcentage de transferts, de grossesses ou d’accouchements. Par ailleurs, si ce taux concerne la naissance d’enfants nés vivants, il semble particulièrement élevé au regard des résultats européens, de moitié moins performants, que ce soient les pourcentages nationaux de la France publiés par l’Agence de la

⁹ <http://www.senat.fr/rap/r06-416/r06-4163.html>

biomédecine¹⁰, ou les pourcentages mondiaux, réalisés à partir des données disponibles et publiées par l'ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology¹¹). Dans les deux documents, on trouve un taux de réussite moyen de 20 à 25% de naissances d'enfants vivants par cycle, c'est-à-dire à partir de la ponction ovocytaire (dont je n'ai pas réussi à obtenir l'évaluation chiffrée en Inde). Cette clinique indienne n'est pas la seule à indiquer des résultats particulièrement élevés et difficilement compréhensibles sans dire à quoi ils correspondent. La difficulté d'obtenir des chiffres clairs relève probablement de l'organisation privée de la conception assistée en Inde et de l'absence de standardisation nationale.

En France

En France l'assistance médicale à la procréation (AMP) fait partie des soins pris en charge par la Sécurité sociale. C'est donc l'État qui régule et administre ses pratiques. L'AMP est marquée par le souci d'accompagner les avancées techniques de réflexions bioéthiques publiques et d'un encadrement institutionnel fort. La naissance d'Amandine, en 1982, précède de quelques mois seulement celle du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) dont les travaux sont analysés par Dominique Memmi comme « un processus d'autorisation sociale » fondé sur le principe d'une sacralité laïque et savante du corps (Memmi, 1996 : 11, 242). Depuis 1983, ce comité a publié un nombre considérable d'avis et de rapports, tous accessibles *via* son site internet. Les lois de bioéthique françaises sont votées pour la première fois en 1994, puis révisées en 2004, 2011 et 2013. L'Agence de la biomédecine (ABM) est créée en 2004, elle encadre, autorise et documente les pratiques des cliniques. Les états généraux de la bioéthique de 2009 ont mobilisé des citoyens pour débattre de ces questions. Cet encadrement public pose des limites aux avancées techniques dans un environnement d'innovations considérées comme menaçantes et nécessitant un

¹⁰ <http://www.agencebiomedecine.fr/annexes/bilan2012/donnees/procreation/01-amp/pdf/amp.pdf>

¹¹ <http://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/ART-fact-sheet.aspx>

cadre éthique solide afin d'éviter les dérives d'une pente glissante (Canto-Sperber & Frydman, 2009).

Les financements des soins d'AMP sont publics, à l'exception des dépassements d'honoraires dans les cabinets privés. La Sécurité sociale rembourse quatre tentatives de conception assistée par couple et arrête la prise en charge de la femme à ses 42 ans révolus. La limite des prises en charge masculine est à la discrétion de chaque centre. Au-delà des quatre tentatives, les frais sont à la charge des patients, si un centre accepte de les accueillir. Le site fivfrance.com, administré et tenu à jour par des professionnels de l'AMP indique pour 2014 qu'une FIV coûte environ 4 000 euro. Selon l'ABM, en 2013, 23 651 enfants sont nés grâce aux tentatives d'assistance médicale à la procréation réalisées, sur 811 510 naissances. Parmi ces naissances, 1 065 enfants sont issus d'un don de gamètes. On dénombre cette année-là 140 519 tentatives. Cette même année, la Fédération internationale des sociétés de fertilité recense 100 centres d'AMP (IFFS, *op. cit.* : 13).

Le laboratoire qui m'a accueillie fait partie d'un service de conception assistée administré par un hôpital public. L'organisation de son activité est différente de ce que j'ai observé en Inde, du fait que celle-ci est beaucoup plus importante. Ce sont en effet plus de 1 000 ponctions qui sont réalisées à l'année. Le service de biologie de la reproduction collabore avec celui de médecine de la reproduction. Ce dernier est doté de plusieurs gynécologues, ainsi que d'internes en médecine, aussi bien que d'infirmières, secrétaires et d'une psychologue. Au moment de l'enquête, le service de biologie de la reproduction comptait six biologistes, tous pourvus d'un doctorat, une secrétaire, sept techniciennes et une aide-soignante. Le service propose un suivi gynécologique, andrologique, psychologique, des inséminations artificielles, FIV, ICSI, dons de gamètes et cryopréservation.

Trois formes de la sexualité dans les cliniques

On a donc affaire à deux cadres hétéroparentaux fondés dans la sacralité d'une triade familiale à propos de laquelle

l'externalisation des morceaux du corps est revendiquée comme outil, ou dans l'imitation d'une nature procréative par laquelle le corps et ses éléments doivent être maintenus unifiés malgré l'externalisation. Les outils techniques déployés dans les laboratoires ne sont pas utilisés de la même manière dans les deux cas. À travers l'étude de trois formes de la sexualité, ces variations donnent une piste pour comprendre différentes manières d'articuler la corporéité et la prise en charge biotechnologique de l'infertilité. En France, les techniques de laboratoire sont des outils régulateurs, quand en Inde elles sont des outils négociateurs.

Dons de gamètes et inceste

Dans un article hommage aux travaux de Françoise Héritier, Enric Porqueres i Gené (2013) rappelle l'importance de la sexualité (p. 76) pour penser les relations parentales en lien avec la transmission de substances corporelles. En collaboration avec Jérôme Wilgaux (Porqueres i Gené & Wilgaux, 2009), il a d'ailleurs lui-même proposé de penser certains phénomènes contemporains de la conception assistée à l'aune de ce prisme, en citant de nombreux cas européens où les dons de gamètes sont organisés par les institutions publiques et biomédicales en faisant référence à la prohibition de l'inceste. L'approche institutionnelle de l'administration des biotechnologies permet de caractériser la manière dont ce thème est mobilisé, selon les modes d'organisation des dons de gamètes. Deux approches de l'inceste jaillissent sous la forme de la crainte ou du soupçon.

Dans le cas indien, les dons intrafamiliaux choisis par les patients, qu'ils soient plus faciles à obtenir ou qu'ils garantissent un maintien de l'identité substantielle familiale, peuvent se faire au prix d'un soupçon d'inceste quand ils sont réalisés de manière intergénérationnelle. Dans le cas français, l'anonymat des donneurs imposé par la loi française pour maintenir un modèle familial hétérocentré et nucléaire se fait au prix d'une crainte de l'inceste pour certains patients.

– Inde, le don intrafamilial au prix du soupçon de l'inceste

En Inde, dans le cas de dons anonymes, tout comme en France d'ailleurs, on assiste à des appariements phénotypiques, mais parfois ici associés au niveau d'éducation ou à la religion. Cependant, malgré la promotion de l'anonymat des donneurs de gamètes dans le projet de loi (ICMR, *op. cit.* : 15, 22, 25), il n'est pas rare que des cliniques acceptent que leurs patients obtiennent des gamètes au sein de leurs familles. La plupart des cas que j'ai pu observer concernaient des dons entre germains ou germaines, mais il m'a aussi été confié par des professionnels de la médecine reproductive que des dons intergénérationnels pouvaient également avoir lieu. Mes interlocuteurs associèrent toujours la description de ces dons à des jugements moraux, teintés d'un soupçon d'inceste et du bouleversement des places générationnelles, confirmant cet extrait d'un entretien anonyme avec un directeur d'une banque de sperme publié en 2008 :

Ils sont tellement désespérés que c'est incroyable et choquant aussi, que le beau-père vienne pour donner son sperme pour sa *bahu* [sa belle-fille], le *jeith* ou *devar* [beau-frère] vient pour donner. Je veux dire, si c'était un ami, une connaissance ou un membre de la famille éloignée ce serait autre chose, le vrai *dada* [grand-père] crée son propre enfant – que ce soit un fils ou une fille. Les gens sont à ce point désespérés !¹² (Gupta, *op. cit.* : 10).

Au cours d'un déjeuner à la clinique indienne, je m'assois à la table de Svati, embryologiste en chef du centre, et lance une discussion sur l'organisation des dons. J'apprends qu'elle a vu des dons de gamètes de frères à frères, de sœurs à sœurs et dans un centre précédent dont elle ne veut pas me révéler le nom, l'utilisation du sperme d'un homme et des ovocytes de sa fille pour mener à bien une gestation portée par l'épouse de l'homme et mère de la fille. Ce couple, âgé de près de 50 ans et dont le fils venait de décéder, a en effet choisi de tenter la conception d'un nouvel héritier. Masquant tant bien que mal ma stupéfaction, je ne pus m'empêcher d'exprimer une forme de dégoût que mon interlocutrice

¹² Ma traduction.

dit alors partager. « Pourquoi la fille a-t-elle accepté ? », demandai-je. « Les pressions sont multiples, [m'affirma-t-elle], peut-être lui avait-on dit que les propriétés seraient perdues sans héritier mâle ». En 1956, le Hindu Succession Act a reconnu aux femmes la pleine possession de leurs propriétés, jusqu'alors sous tutelle masculine. Il fallut attendre 2005 pour qu'un amendement stipule que les filles ont le droit d'hériter à parts égales d'avec les fils, mais il n'est pas rare d'entendre des histoires familiales relatant le maintien de la transmission agnatique des terres. Il n'est peut-être pas non plus inutile de rappeler les lois de Vishnu, évoquées par Bharadwaj, où il est stipulé qu'un père ayant déclaré à propos de sa fille : « Le fils qu'elle porte est mien » peut obtenir de son petit-fils qu'il remplisse le rôle de fils (Bharadwaj, *op. cit.* : 1870).

Ce cas d'inceste négocié parce qu'une norme plus puissante justifie l'usage du corps d'une fille et parce que les patients sont décisionnaires de leur parcours, semble peu éloigné de cas décrits par Charis Thompson (2001) dans une clinique californienne où les « chorégraphies ontologiques » permettent de temporiser ce qui pourrait être vu comme une mise en relation peu acceptable. Dans les dons de frère à frère, par exemple, le fait que le donneur soit appelé « beau-frère » et donc évoqué à partir de sa position par rapport à la receveuse (l'épouse du frère) est probablement une manière d'éviter de mettre en avant le rapprochement des frères dans cette opération. Quoi qu'il en soit, la possibilité offerte par les cliniques indiennes d'avoir recours aussi bien à des dons anonymes qu'à des dons intrafamiliaux est à mon sens un signe de la malléabilité des pratiques pour réaliser des conceptions, sous couvert d'un modèle unitaire. Chaque couple, selon son histoire, ses revenus, ses attentes, est donc à même de négocier son parcours procréateur dans le secret des cliniques, ce qui va en sens opposé de l'importante régulation des cliniques françaises par la loi de l'État et par les professionnels biomédicaux.

– France, l'anonymat du don au prix d'une crainte de l'inceste

« L'AMP et particulièrement les dons de gamètes ne sauraient être un nouveau mode de procréation, ils ne sont qu'une solution

face à l'impossibilité d'obtenir un enfant naturellement » (Frydman *et al.*, 2004 : 116).

Ces paroles du Professeur René Frydman résume bien le principe qui fonde l'organisation des dons de gamètes en France sur un modèle du « ni vu ni connu » (Théry, 2010). À travers l'anonymat, l'État institue une discontinuité entre le donneur et ses gamètes. C'est l'appariement phénotypique qui permet de relier physiquement le receveur et le futur enfant. En effet, couleur de la peau, des yeux, des cheveux, taille, poids et groupe sanguin sont appariés. La relation parentale inscrite dans une continuité corporelle entre le couple et son enfant est promue pour assister un projet parental, elle est au contraire déniée pour les donneurs à travers l'anonymat. C'est ce qui a été également affirmé dans le Rapport final des états généraux de la bioéthique tenus en 2009 : « C'est parce qu'il est élevé par un "couple" auquel il peut se référer comme étant "ses parents" que les citoyens souhaitent préserver l'anonymat du donneur » (Graf, 2009 : 47).

Le donneur ne devant pas être un parent, son gamète est détaché de lui. Il devient un simple matériau. Le corps du donneur et sa personne doivent être évacués pour éviter d'avoir à penser que, dans l'AMP avec donneur, trois personnes sont dans les faits nécessaires à un engendrement. En 1973, date de l'autorisation officielle des dons de sperme, Georges David, à l'origine des CECOS (Centre d'études de conservation des œufs et du sperme) avec Pierre Jouannet, décida de ces appariements afin que l'enfant ressemble à son père infertile. La recherche de cette ressemblance permet de ne pas dévoiler à l'enfant comment il a été conçu. « La procréation naturelle entre les deux membres du couple parental doit sembler plausible aux yeux des plus avertis », indique Jean-Marie Kunstmann dans une interview¹³ où il ajoute que « l'attention se porte jusqu'au groupe sanguin, afin que l'enfant éclairé de quelques notions de génétique simple ne puisse s'apercevoir de la

¹³ <http://www.laviedesidees.fr/L-anonymat-dans-la-procreation.html>

supercherie. [...] Tout est fait pour "singer" la parenté biologique alors que les psys des CECOS prônent la levée du secret ».

Il semble clair que cette parenté biologique renvoie bien à la sexualité des parents dont la fertilité doit pouvoir être supposée. Cependant, ce modèle qui institue une discontinuité entre le donneur et son don pour fabriquer une continuité entre le receveur et son enfant, voit sa limite exprimée à travers l'expression d'une crainte de l'inceste, aussi bien de la part des familles que des institutions publiques. Ainsi, la limitation du nombre de dons à dix, aussi bien en France qu'en Angleterre (Warnock, 1985), est fondée sur la volonté de limiter les possibles rencontres amoureuses fortuites entre enfants issus du même don anonyme. Par ailleurs, une récente recherche réalisée par Séverine Mathieu sur le don et l'accueil d'embryons en France souligne aussi la crainte de l'inceste liée à l'anonymat du don¹⁴, corroborant certaines propositions d'enfants issus du don militant pour la levée de l'anonymat (Kermalvezen & Nisand, 2000 ; Kermalvezen & Dinechin, 2010) ou encore une enquête réalisée en Angleterre (Edwards, 1993). Certains couples préfèrent ne pas donner pour éviter que leurs enfants, déjà nés, puissent un jour séduire ou être séduits par celui ou celle qu'ils identifient comme un apparenté. Cette crainte est renforcée par le fait que les dons sont réalisés au sein d'une même région, multipliant les chances de rencontre fortuite.

Recueils de sperme

Le lien entre sexualité et formes de contrôle des substances procréatives est aussi clairement mis en évidence par l'organisation des recueils de sperme¹⁵. Dans tous les sites visités, en Inde comme

¹⁴ Communications orales. Cette recherche réalisée à la suite de son ouvrage sur la religion et l'éthique en AMP (Mathieu, 2013).

¹⁵ Dans le cadre de mon enquête, je constate une asymétrie entre parcours féminin et masculin. En effet, contrairement aux hommes qui réalisent un geste sexuel dans la clinique, la sexualité féminine est moins évidemment mobilisée dans le processus de conception assistée dans la mesure où le corps des femmes est médicalisé plus en amont à travers la stimulation hormonale et la ponction ovocytaire qui est un acte chirurgical. Je rejoins

en France, cet acte est réalisé dans une petite cabine accolée au laboratoire. Le sperme peut être collecté à trois occasions : pour en établir un diagnostic, pour le congeler ou pour l'utiliser « en frais ». L'éjaculation doit idéalement être réalisée dans un contenant spécial donné par le centre et sur lequel les informations identificatoires sont indiquées. Un certain nombre de règles doivent être suivies. Un lavabo sert à se laver les mains, il faut aussi nettoyer la verge, avant d'essayer de « donner ». Sur le site français, un téléviseur diffusant des films pornographiques est accroché dans la salle. Le téléviseur accroché en hauteur a été « offert par Marc Dorcel¹⁶ », comme l'indique une bande collée sous l'écran. Morgane, embryologiste française, me raconta que ce producteur a un jour été appelé par un centre d'AMP public qui « osa » décrocher son téléphone pour lui demander de sponsoriser les salles de recueil. Un téléviseur est également disponible dans les « collection rooms » de la clinique de fertilité indienne, mais je ne sais pas ce qu'il diffuse.

Certains hommes peuvent en effet être confrontés à des « problèmes » ou « échecs » de recueil, parce que l'association entre acte sexuel et procédure médicale est loin d'être évidente (Giami, 2011). Si ces difficultés ne sont pas connues à l'avance, auxquels cas des paillettes de sperme auront été constituées en amont, elles peuvent entraîner la congélation des ovocytes ponctionnés le même jour. Un matin, au laboratoire français, Morgane raconte à ses collègues l'entrevue qu'elle vient d'avoir avec un patient, en échec de recueil :

Il va falloir attendre pour Madame Desroses¹⁷. Je viens de recevoir son mari. Échec de recueil. Il a fondu en larmes dans mon bureau, et

ici les conclusions de Rozée et Mazui (*op. cit.*) ou Almeling (*op. cit.*), tout comme l'hypothèse que le geste sexuel et médical masculin est peu abordé dans la littérature, en grande partie du fait de la difficulté à faire parler les hommes sur ces sujets. L'approche par les professionnels médicaux permet ainsi d'obtenir des informations peu divulguées par les patients eux-mêmes.

¹⁶ Marc Dorcel, de son vrai nom Marcel Herskovits, est un réalisateur et producteur français de films pornographiques né le 27 mars 1934 (81 ans). Marc Dorcel est également le nom de sa société de production.

¹⁷ Le nom a été changé.

puis alors, il voit sa femme sortir de la ponction. Elle lui dit, couchée sur le brancard : « Il y a onze ovocytes ». Ça l'a achevé ! Je lui ai dit : « Vous savez, vous pouvez tout me dire, je suis médecin ». On a discuté, finalement, il va acheter du viagra¹⁸.

Le service hospitalier peut aussi mettre à disposition une chambre dans le service de gynécologie où le couple trouve un peu plus d'intimité. L'éjaculation est alors réalisée dans un préservatif qui est immédiatement donné au service d'AMP. Morgane me raconte qu'un homme, malgré tout cela, ne réussissait pas à faire son recueil. Cette famille avait été durement éprouvée à la suite de plusieurs fausses couches. L'homme disait réussir à aboutir dans l'intimité de son appartement, mais dès qu'il était à l'hôpital, impossible. Ils avaient donc tout essayé et le blocage persistait. Le couple avait demandé s'il pouvait essayer dans une chambre d'hôtel située non loin de l'hôpital, ce qui permettrait de ramener le précieux liquide séminal en temps et en heure. L'équipe médicale a refusé car elle n'aurait pas pu s'assurer qu'il s'agisse du sperme de monsieur¹⁹.

En Inde aussi, les échecs de recueil ont été évoqués par biologistes et psychologues. Svati m'expliqua que de nombreux hommes faisaient leur recueil en dehors du centre par difficulté à le réaliser dans la cabine de recueil. Il n'y a pas de restrictions particulières à ce niveau. Mais le centre insiste sur les conditions techniques assurant la qualité du recueil. On peut ainsi lire une affiche dans la salle de recueil :

L'échantillon doit être recueilli de préférence dans notre centre ; une salle de recueil de sperme est disponible à cet usage. Dans le cas d'une incapacité à produire un échantillon au centre, vous pouvez le collecter chez vous tant que l'échantillon peut être délivré au centre dans les 30-40 minutes. LE CONTENANT DOIT ÊTRE COLLECTÉ AU CENTRE UNIQUEMENT.

¹⁸ Le viagra est un médicament à base de sildénafil, une molécule utilisée pour traiter les troubles de l'érection.

¹⁹ Une autre raison avancée pour le contrôle des recueils de sperme concerne les tests bactériens et viraux.

Le centre indien fait preuve d'une plus grande flexibilité par rapport au centre français en laissant les patients réaliser leur recueil en dehors de la clinique, laissant donc implicitement la possibilité qu'un autre sperme soit finalement déposé au laboratoire.

Des infertilités sexuelles

Une infertilité sexuelle désigne une infertilité due à l'impossibilité de concevoir dans l'intimité de sa vie sexuelle. Pour un couple formé d'une femme et d'un homme, cette forme de l'infertilité désigne l'absence ou l'incapacité à réaliser des rapports sexuels féconds. Mais on peut tout à fait appliquer ce terme aux couples de même sexe tout aussi bien qu'aux personnes seules dont la sexualité ne peut aboutir à une conception. Pour ce qui concerne l'hétérosexualité et l'homosexualité, ce terme permet par ailleurs de relativiser l'opposition entre infertilité médicale et infertilité sociale fondée sur la caractérisation du type de sexualité en naturalisant l'une et sociologisant l'autre. L'établissement d'un troisième type d'infertilité permet de faire un pas de côté quant à cette disjonction, tout en réintroduisant la question de la matérialité des corps.

– La reconnaissance des infertilités sexuelles

L'Inde est connue pour l'accueil qu'elle fait aux étrangers célibataires ou homosexuels dans leur parcours procréatif. Dans les lignes qui suivent, j'aimerais insister sur une autre forme de prise en charge des infertilités sexuelles, celles des couples hétérosexuels mariés. Deux psychologues indiennes appartenant à deux cliniques différentes m'ont affirmé que de nombreux cas pris en charge par leurs cliniques étaient liés à l'incapacité du couple à s'unir sexuellement suite à des épisodes dépressifs, des conflits maritaux, des mariages non consommés ou des troubles psychosexuels comme le vaginisme²⁰. Meena, jeune psychologue évoqua cette réalité dès les premières minutes de notre entretien :

²⁰ Le vaginisme est un processus psychophysiologique complexe qui empêche toute pénétration vaginale. L'acte sexuel est ainsi impossible, le pénis ne pouvant entrer sans être à l'origine de vives douleurs.

Noémie : Quel est votre travail ici ?

Meena : Je m'occupe des patients en lien avec l'infertilité. La plupart des cas concernent une dépression ou toute sorte de soucis maritaux comme des conflits de mariage et quelques personnes ont des mariages non consommés. [...] Quelques personnes ont des problèmes psychosexuels, comme l'incapacité à avoir des rapports sexuels. [...].

Noémie : Il y a beaucoup d'hommes dans ce cas ?

Meena : Beaucoup d'hommes et de femmes aussi. Ils ont tellement de problèmes avec le vaginisme aussi. La peur de la douleur. Il y a beaucoup de couples mariés depuis dix ans qui n'ont jamais eu de rapport sexuel. Alors c'est pour ça qu'ils veulent venir ici, pour se faire faire une FIV²¹ ou une IUI²². C'est uniquement à cause de cette pression sociale.

La seconde psychologue avec qui j'ai été en contact m'expliqua que, dans la mesure où aucun problème de fertilité physiologique n'est découvert à la suite des examens et si c'est une absence de rapport sexuel qui s'avère expliquer leur infécondité, son rôle est de faire parler le couple. Si elle juge que le couple est résolument certain de ne pas se désirer sans qu'elle puisse diagnostiquer un problème d'ordre psychologique, elle considère que son autorité et son champ d'action s'arrête là et elle laisse les parties clinique et biologique prendre la suite en charge. Il lui semblait très clair qu'elle n'avait pas à intervenir au-delà de ce qu'elle considère être son domaine de compétence. Elle juge alors qu'elle ne peut pas aider ce couple car l'absence de rapports sexuels n'est pas liée à une souffrance ou à un blocage mental, mais relève d'un choix clair et volontaire. Par ailleurs, tout comme l'autre psychologue, elle reconnaît la pression sociale qui pèse sur ces couples pour faire un enfant. Côté gynécologues, aucun n'a confirmé ces cas et ils m'ont même assuré qu'aucune infertilité d'ordre « social » n'était prise en charge dans leur clinique. Je n'ai donc pas pu enquêter davantage.

²¹ Fécondation in vitro.

²² Insémination intra utérine.

– Médicaliser ou cacher l'absence de rapports sexuels

Si la loi française procède en imitant ce qu'elle considère être des évidences naturelles, il n'en reste pas moins que la clinique, recevant des couples hétérosexuels se plaignant d'infertilité, dispose d'une certaine marge de manœuvre pour interpréter la loi. Ainsi, des femmes souffrant de vaginisme peuvent être prises en charge avec leur conjoint si un-e psychologue diagnostique un trouble mental. De la même manière, il existe des cas où les équipes proposent de réaliser une biopsie testiculaire afin d'obtenir des spermatozoïdes, pour surmonter les échecs de recueil. Je pense par exemple à un couple reçu pour réaliser un diagnostic préimplantatoire (DPI – Diagnostic préimplantatoire) afin d'éviter de transmettre une pathologie génétique. Le patient disait réussir à s'unir sexuellement à sa femme dans l'intimité de leur domicile, mais était incapable de faire un recueil de sperme à la clinique. Il affirma aussi n'avoir jamais pratiqué la masturbation solitaire. Le couple essaya de réaliser le recueil ensemble, à l'hôpital, mais rien n'y fit. Dans la mesure où l'indication de prise en charge concernait un DPI et pour éviter une grossesse naturelle à risque, l'équipe finit par proposer une biopsie testiculaire. Enfin, certains professionnels m'ont assuré que des infertilités « non expliquées » sont probablement dues à l'absence de relations sexuelles entre les conjoints, qui n'en n'ont pas fait part à l'équipe médicale.

Dans les deux pays, les équipes médicales peuvent prendre en charge des infertilités sexuelles mais les modalités de leur prise en charge est un peu différente. En Inde, elles peuvent en elles-mêmes être une indication de prise en charge pour elle-même, quand, en France, elles doivent être médicalisées par l'aval d'un psychologue ou un consensus clinique dans lequel l'incapacité à avoir un rapport sexuel intime est liée à un trouble psychique ou doit être surmontée pour éviter une pathologie grave.

Conclusion

Cet article a souhaité montrer que la conception assistée par les biotechnologies n'évacue pas la question du rapport sexuel, bien

que la fécondation soit réalisée en laboratoire. Une enquête centrée sur la manière dont les biotechnologies de la conception assistée sont organisées et administrées par les professionnels des cliniques de fertilité fournit des informations sur des formes de la sexualité plus difficilement étudiables par une approche centrée uniquement sur les patients. La présentation de trois formes de la sexualité et leurs articulations à des prises en charge particulières permet par ailleurs de caractériser une infertilité peu étudiée, l'infertilité sexuelle des couples de sexe différent, tout comme de préciser la manière dont s'articulent corporéité et technologie. En Inde, les biotechnologies apparaissent comme des outils au service d'une négociation pratique et secrète des normes. En effet, tous les interlocuteurs rencontrés ont évoqué un silence des couples autour de la conception assistée, une fois la grossesse obtenue. En France, les biotechnologies sont au contraire fermement régulées par la loi de l'État et les institutions biomédicales pour se conformer à un modèle corporel et sexuel précis.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ALMELING R., 2011. *Sex Cells: the Medical Market for Eggs and Sperm*. Berkeley, University of California Press.
- BATEMAN S., 2002. « Moraliser l'artifice : religion et procréation assistée. Le cas du modèle CECOS », in MAITRE J. & MICHELAT G. (dir.), *Religion et sexualité*. Paris, L'Harmattan : 79-94.
- BHARADWAJ A., 2003. « Why Adoption is not an Option in India: the Visibility of Infertility, the Secrecy of Donor Insemination, and Other Cultural Complexities », *Social Science and Medicine*, 56(9) : 1867-1880.
- CADORET A., WILGAUX J., 2007. « Nécessaires anonymat et secret de soi », *Ethnologie française*, 37(1) : 135-142.
- CANTO-SPERBER M., FRYDMAN R., 2009. *Naissance et liberté : la procréation. Quelles limites ?* Paris, LGF.

COLLARD Ch., ZONABEND F., 2013. « Parenté sans sexualité », *L'Homme*, 206(2) : 29-58.

DASGUPTA S., DASGUPTA Sh.-D. (eds), NAYAK P., BAILEY A., MADGE V., PANDE A., MAJUMDAR A., RUDRAPPA Sh., MOHAPATRA S., DARLING M. J.-T., FEINBERG A. & MAISEL J., 2014. *Globalization and Transnational Surrogacy in India: Outsourcing Life*. Lanham, Lexington Books.

EDWARDS J., 1993. « Explicit Connections: Ethnographic Enquiry in North-West England », in EDWARDS J. et alii (eds), *Technologies of Procreation. Kinship in the Age of Assisted Conception*. Manchester, Manchester University Press : 42-66.

FASSIN É., 2009. « Entre famille et nation : la filiation naturalisée », *Droit et société*, 72(2) : 373-382.

FRYDMAN R., ACHOUR-FRYDMAN N., FANCHIN R. & TACHDJIAN G., 2004. *L'assistance médicale à la procréation*. Paris, PUF.

GIAMI A., 2011. « Le "glauque" ou la production de sperme infertile », *Ethnologie française*, 41 : 41-48.

GODELIER M., 2004. *Métamorphoses de la parenté*. Paris, Fayard.

GRAF A., 2009. *Rapport final. États généraux de la bioéthique*. Disponible sur :

http://www.etatsgenerauxdelabioethique.fr/uploads/rapport_final.pdf

GUPTA J. A., 2008. « Trade Secrets From a Sperm Bank in India », *Indian Journal of Medical Ethics*, V(1) : 9-12.

IACUB M., 1997. « La construction juridique de la nature dans la reproduction hors-nature : les fécondations artificielles dans les lois bioéthiques » in FRANCIS R. et al. (dir.), *Démographie et Politique*. Dijon, éditions de l'Université de Dijon : 161-173.

ICMR, 2010. *The Assisted Reproductive Technologies (Regulation) Bill*. New Delhi. <http://icmr.nic.in/guide/ART%20REGULATION%20Draft%20Bill1.pdf>

IFFS, 2013. *IFFS Surveillance Report 2013*, International Federation of Fertility Societies.

KERMALVEZEN A., DINECHIN de B., 2010. *Né de spermatozoïde inconnu*. Paris, J'ai lu.

- KERMALVEZEN A., NISAND I., 2000. *Mes origines : une affaire d'État*. Paris, M. Milo.
- LEFEBVRE B., 2007. « De la planification au marché. La privatisation du secteur hospitalier en Inde (1947-2007) », *Transcontinentales. Sociétés, idéologies, système mondial*, 5 : 39-55.
- LÖWY I., 2009. « L'âge limite de la maternité : corps, biomédecine, et politique », *Mouvements*, 59(3) : 102-112.
- MATHIEU S., 2013. *L'enfant des possibles : assistance médicale à la procréation, éthique, religion et filiation*. Ivry-sur-Seine, Éditions de l'Atelier.
- MEMMI D., 1996. *Les gardiens du corps : dix ans de magistère bioéthique*. Paris, EHESS.
- PANDE A., 2014. *Wombs in Labor. Transnational Commercial Surrogacy in India*. Colombia University Press.
- PORQUERES I GENÉ E., 2013. « Ruptures et nouveaux enjeux dans l'anthropologie de la parenté. Les apports de Françoise Héritier », in HÉRITIER F., *Incidence. Les incertitudes de l'inceste*, 9 : 67-86.
- PORQUERES I GENÉ E., WILGAUX J., 2009. « Incest, Embodiment, Genes and Kinship » in EDWARDS J. et al., *European Kinship in the Age of Biotechnology*. Berghahn Books : 112-127.
- ROZÉE V., MAZUY M., 2012. « L'infertilité dans les couples hétérosexuels : genre et "gestion" de l'échec », *Sciences sociales et santé*, 30(4) : 5-30.
- THÉRY I., 2010. *Des humains comme les autres : bioéthique, anonymat et genre du don*. Paris, EHESS.
- THOMPSON Ch., 2001. « Strategic Naturalizing: Kinship in an Infertility Clinic » in FRANKLIN S. et al., *Relative Values. Reconfiguring Kinship Studies*. Durham, Duke University Press : 175-202.
- THOMPSON Ch., 2005. *Making Parents: the Ontological Choreography of Reproductive Technologies*. Cambridge, MIT Press.

WARNOCK M., 1985. *A Question of Life: the Warnock Report on Human Fertilisation and Embryology*. Oxford, Basil Blackwell.

Résumé

Cet article met en évidence l'importance de la sexualité dans les parcours de conception assistée. Ce faisant, il propose une méthode d'enquête centrée sur les professionnels des cliniques de conception assistée ainsi que sur le déploiement des prises en charge qui y sont proposées. Sont successivement évoqués les dons de gamète et leur lien au thème de l'inceste, l'organisation des recueils de sperme et la caractérisation d'une forme de l'infertilité peu étudiée, l'infertilité sexuelle. La méthode comparative permet de montrer comment deux modèles normatifs de la parenté relativement similaires et des outils biotechnologiques partagés par l'Inde et la France s'articulent autour de conceptions différentes de la corporéité et de ses liens aux techniques.

Mots-clefs : sexualité, conception assistée, biotechnologie, parenté, infertilité.

Summary

Sexuality and Assisted Conception in India and France

This article highlights the importance of sexuality in assisted conception cycles through a method of inquiry that focuses on the biomedical professionals of the clinics studied, as well as the protocols they offer. Gamete donations and their link to incest, the organization of sperm collection, and the characterization of sexual infertility, a poorly studied form of infertility, are successively examined here. This comparative approach helps to delineate how in India and France two relatively similar, normative models of kinship and shared biotechnological tools are entwined in different conceptions of corporeality and its associations with technology.

Key-words: sexuality, assisted conception, biotechnology, kinship, infertility.

* * *